

LES
KYSTES DERMOÏDES
DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1914

PAR

Gaston ISSALÈNE

Né à Aurillac (Cantal), le 23 mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la thèse**

{	ESTOR, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
	GRANEL, professeur.		
	RIMBAUD, agrégé.		
	ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554018_0019

LES

KYSTES DERMOÏDES

DU GRAND EPIPLOON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 80

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

KYSTES DERMOIDES

DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1914

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK

LEIDEN

PAR

Gaston ISSALÈNE

Né à Aurillac (Cantal), le 23 mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

{ ESTOR, professeur, *président*.
GRANEL, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. *).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon. : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O *)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (c. e.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIERE	MARQUÈS ch. d. f.

Examineurs de la Thèse

MM. ESTOR, professeur, présid.	MM. RIMBAUD, agrégé.
GRANEL, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour.

A MON PÈRE M. A. ISSALÈNE

SOUS-INTENDANT MILITAIRE EN RETRAITE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Un vrai soldat, père meilleur encore.

G. ISSALÈNE.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE
MONSIEUR ET MADAME D. ARNAUD

A MES PARENTS ET AMIS

G. ISSALÈNE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

ETIENNE ET RIMBAUD

G. ISSALÈNE.

AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir notre thèse, il nous reste à remplir l'agréable devoir de remercier tous ceux qui se sont intéressés à nous et nous ont encouragé pendant nos études médicales.

S'il est pour nous particulièrement pénible de quitter la vie d'étudiant pour affronter les difficultés de la lutte pour l'existence, c'est pourtant avec joie que nous jetons un dernier regard en arrière, conservant de nos amis et condisciples, le plus affectueux souvenir.

Quant à notre vieille Faculté que certains étudiants se croient obligés de dénigrer par un incompréhensible esprit de snobisme, elle continuera toujours à nous inspirer une respectueuse vénération.

Pour nos maîtres qui rendirent facile notre instruction médicale, nous conserverons toujours le respect qu'ils surent s'attirer par la clarté de leur enseignement et leur dévouement inlassable. Ils nous ont prodigué avec désintéressement le produit de leurs travaux; nous n'avons qu'un regret, celui de ne pas en avoir profité davantage.

Puissions-nous, au cours de notre carrière, avoir quelquefois le plaisir de venir les entendre encore et quoique docteur, de revivre dans leur clinique, aussi profitables

qu'autrefois les belles heures de notre laborieuse vie d'étudiant.

Que M. le professeur ESTOR nous permette de le remercier de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider notre thèse.

Nous remercierons tout spécialement M. le professeur GRANEL qui sut si bien nous encourager, nous prodiguer ses conseils et nous soutenir durant nos études médicales. Toute expression de notre reconnaissance serait inférieure à la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Que M. le professeur agrégé RIMBAUD soit assuré de toute notre gratitude pour ses conseils et son enseignement précieux de l'étude de la microbiologie. A un autre titre nous profiterons de cette occasion pour le remercier des soins particulièrement dévoués qu'il nous a prodigués comme médecin traitant.

Un devoir qui nous est doublement cher c'est de remercier ici M. le professeur agrégé ETIENNE qui, d'abord, comme condisciple, nous prodigua les conseils d'un véritable maître, puis, devenu maître à son tour, nous initia aux difficultés de l'anatomie pathologique avec la patience et l'amabilité d'un condisciple. C'est enfin à lui que nous devons l'idée d'avoir entrepris cette étude sur les kystes dermoïdes des épiploons. Nous souhaitons pouvoir lui prouver un jour toute notre gratitude.

Enfin, nous tenons à remercier M. le docteur A. AIMES, chef de clinique, qui nous a obligeamment communiqué une observation très intéressante au sujet d'un cas opéré dans le service de M. le professeur ESTOR.

LES

KYSTES DERMOÏDES

DU GRAND EPIPLOON

INTRODUCTION

Les productions kystiques ayant pour siège le grand épiploon sont relativement assez rares, aussi, bien qu'il n'ait pas été fait jusqu'à présent d'ouvrage définitif sur la question, les productions kystiques qui nous occupent ont fait l'objet d'un certain nombre de travaux isolés.

Mais il est parmi ces kystes un groupe qui n'a pas encore été beaucoup étudié dans ses localisations péritonéales, ce sont les kystes dermoïdes, fort intéressants à notre avis, malgré leur rareté parce qu'ils appartiennent au petit groupe des tératômes, tumeurs qui ne commencent à être bien connues que depuis les progrès récents de l'anatomie pathologique.

HISTORIQUE

La rareté des kystes de l'épiploon fait qu'ils ont été jusqu'à présent peu étudiés, mais il ne faudrait pas croire pour cela qu'ils ne sont que récemment connus.

Si la difficulté pour un même observateur de réunir plusieurs cas a empêché d'en faire une étude d'ensemble, la conformation, l'étrangeté de ces kystes et le fait pour les anciens observateurs de trouver dans un abdomen, dans un cou, dans un testicule ou même dans la peau, des formations anatomiques ayant l'aspect et la composition d'organes différents de ceux qui les entourent habituellement et parfois très éloignés de leur siège normal, tout cela fait que depuis la plus haute antiquité les kystes dermoïdes ont été signalés aux observateurs avant même qu'on leur ait donné leur nom.

Le très petit nombre des cas se rapportant aux localisations abdominales du kyste dermoïde fait que les auteurs ont joint leur description et leur étude à celle des kystes d'autre composition, sans départager aucunement les cas; aussi est-il particulièrement difficile d'utiliser immédiatement ces travaux en ce qui concerne les kystes dermoïdes, néanmoins il est important de les signaler, nous trouvons donc seulement des études nettement différentes; les unes

s'occupant uniquement des kystes en général à localisations épiploïques et d'autre part quelques études consacrées aux kystes dermoïdes sans préciser leur localisation.

Parmi les premiers, nous trouvons tout d'abord l'observation de SIMON dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, en 1858. En 1873, une observation de PRÉAN lui permet en la rapprochant de celle de SIMON de donner dans son ouvrage, paru en 1880, les symptômes cliniques des kystes du grand épiploon. Vient ensuite le travail de C. AUBRY, en 1890. TILLAUD, en 1891, reprend la symptomatologie, il n'y a plus ensuite à signaler que quelques observations isolées en très petit nombre.

La littérature allemande offre aussi peu de ressources, mais par contre les auteurs anglais et américains présentent de nombreuses observations; celles-ci, isolées ou groupées avec parfois les recherches faites par leurs auteurs, ont permis la mise au point des travaux de FORT et de HASBROUCK qui sont les plus intéressants.

Quant aux auteurs qui ont étudié spécialement les kystes dermoïdes, leurs observations débutent avec celle de MECKEL, en 1815, et c'est seulement en 1891, qu'ARÉKION et DELMEZ consacrant leurs thèses aux tumeurs intra-abdominales, s'occupent en même temps des kystes dermoïdes épiploïques. LEXER publia ensuite une importante étude sur les tumeurs tératoïdes de la cavité abdominale. En dehors de ces quelques ouvrages, on ne trouve guère que la mention des cas observés. Toutefois, la thèse de CHANCENOTTE (Paris, 1903), apporte de sérieux éclaircissements sur la question.

Malgré tout, nous nous hâtons de le répéter, ces auteurs n'ont étudié la question qu'à un point de vue assez général et bien que tout récemment GUÉRAIN, dans sa thèse de

Lyon (1910) coordonne avec raison tous les travaux précédents, il n'en reste pas moins que tout comme ceux-ci, son étude ne fait que mentionner les tumeurs kystiques dermoïdes du grand épiploon, sans y attacher une importance particulière

ETIOLOGIE

Les circonstances dans lesquelles l'organisme semble constituer un terrain plus ou moins propice à la formation et à l'évolution d'un kyste dermoïde des épiploons est particulièrement difficile à établir d'autant plus que les auteurs qui ont déjà étudié la question, ont envisagé les kystes en général, faisant à peine mention du kyste dermoïde en particulier.

L'étiologie des kystes des épiploons habituellement décrits, tant simples que séreux et lipomateux ne paraît pas avoir de rapports avec une tumeur dont seul le laboratoire établit l'origine tératologique.

Tout d'abord, il apparaît que la fréquence de ces tumeurs est plus grande chez la femme que chez l'homme. La proportion serait d'après les uns de 60 0/0, d'après les autres de 70 0/0, c'est l'opinion de HASBROUCK. C'est là un fait d'observation que les auteurs n'ont pas cherché à expliquer mais nous pouvons nous demander si cette prédominance chez la femme ne serait pas due aux phases de congestion sanguine que subit son organisme à certaines époques; apparition de la menstruation, époques menstruelles, grossesse et ménopause, mais ce n'est là qu'une simple hypothèse personnelle.

L'influence de l'âge se fait aussi sentir et les statistiques donnent une proportion variant de 35 à 50 0/0 des cas chez les enfants au-dessous de 10 ans.

L'influence de l'hérédité n'est pas douteuse dans bien des cas, mais la rareté des observations ne permet pas d'établir s'il y a vraiment là une maladie familiale.

On peut aussi se demander si la présence d'un kyste dermoïde dans la région du cou ou du médiastin, ne serait pas le point de départ d'un kyste épiploïque; véritable métastase.

De même, la coexistence de parasites dans un épiploon enkysté est suffisamment fréquente pour avoir été considérée comme la cause occasionnelle sinon efficiente.

Les maladies infectieuses, les intoxications, les maladies générales; syphilis, tuberculose, préparent vraisemblablement le terrain. Mais si le bacille de Kock a été souvent trouvé dans les kystes il n'a pas jusqu'à présent été décelé dans la variété dermoïde.

Pour ROUILLÉ (Thèse de Paris, 1885), les traumatismes joueraient un rôle important, nous n'avons malheureusement que deux observations où un traumatisme apparaît comme la cause certaine de la néoformation. Dans l'une d'elles, concernant une jeune fille de 18 ans, la tumeur subissait un accroissement anormal et devenait particulièrement douloureuse au moment de la menstruation.

Ceci nous amène à penser avec SCHRAMM qu'un processus inflammatoire peut être aussi invoqué. Dans ce cas, l'espace compris entre les feuillets du grand épiploon richement vascularisés et non encore accolés constitueraient un lieu d'élection pour la tumeur; les hématomes intra ou para-kystiques pouvant avoir une influence sinon sur l'apparition, mais tout au moins sur le développement ultérieur du kyste. S'il nous rappelle que le grand épiploon

très peu développé à la naissance est forcément un tissu en active reproduction jusqu'à l'âge adulte, nous ne verrons rien d'étonnant à ce que cette évolution tardive puisse parfois entraîner le développement d'une néo-formation qui aurait moins de raisons de se manifester sur un tissu dont les éléments ont épuisé toute leur activité de prolifération normale.

A cette origine par excès d'activité cellulaire, nous pouvons opposer l'action des phénomènes de dénutrition se manifestant à la suite de torsion et pédiculisation d'une partie de l'épiploon assez analogue à ce que l'on observe dans les kystes de l'ovaire.

Une hernie entraînant dans son sac une portion épiploïque pourra par le même processus, joint à l'inflammation être le point de départ d'un kyste dermoïde intra-sacculaire.

La présence de graisse occasionnant parfois des lipomes de l'épiploon peut prédisposer celui-ci à devenir le siège d'un kyste dû à cette cause de dégénérescence.

Comme on le voit, nous trouvons beaucoup d'antécédents de nature à expliquer l'apparition, la localisation et le développement de ces néoformations, mais toutes ces causes n'apparaissant qu'à tour de rôle et presque isolément dans chacun des cas, l'étiologie reste encore obscure.

Un processus inflammatoire apparaît rarement comme étant l'origine certaine. Le traumatisme l'est exceptionnellement. Nous croyons par contre que ces tumeurs ont une origine congénitale presque constante en rapport avec les théories pathogéniques.

Les autres causes inconstantes ne nous apparaissant que comme occasionnelles et capables seulement de favoriser le développement aberrant de tissus contenant en puissance la tumeur.

PATHOGENIE

La composition et le contenu, toujours intéressant, parfois étrange des kystes dermoïdes semble avoir stimulé les auteurs. C'est dire que plusieurs théories tour à tour admises et combattues ont essayé d'en expliquer la pathogénie. Citons pour mémoire la vieille théorie de LEBERT, soutenue à la Société de biologie en 1852. VERNEUIL, à la même époque présenta sa théorie de l'*enclavement* ou de l'*inclusion ectodermique*; pour lui le kyste serait dû au développement chez l'enfant ou l'adulte d'un sac cutané ou portion de l'ectoderme inclus au milieu des tissus au moment de l'occlusion des fentes fœtales.

Assez analogue est la théorie de GEOFFROY SAINT-HILAIRE admettant l'inclusion d'un jeune embryon dans un autre antérieurement conçu pouvant constituer par son développement ultérieur une monstruosité, une gémellité avortée ou un cas de superfétation. Cette théorie reportant l'origine de la tumeur au moment de la fécondation exclut complètement la possibilité d'une origine congénitale.

L'hypothèse soutenue par AUGAGNEUR de la *formation aux dépens du canal de Wolf*, peut expliquer l'origine

des kystes dermoïdes localisés sur les organes génitaux internes, mais ne saurait être applicable aux cas qui nous occupent, pas plus du reste que la *théorie de la parthénogénèse*.

La *théorie de l'origine parasitaire*, très intéressante à cause des très nombreuses observations qui l'appuient, prouve surtout la présence fréquente des parasites dans la tumeur sans qu'il soit possible d'en conclure qu'ils en sont la cause efficiente. Il n'est pas toutefois impossible qu'ils puissent constituer une cause occasionnelle.

Quant à CONHEIM, il explique le développement de ces tumeurs par la multiplication tardive de cellules étant le résultat d'une inclusion fœtale. C'est à peu de choses près la théorie de VERNEUIL. D'après L. BARD : « *Un lieu automatique mystérieux mais inconstant unit à l'état normal, nos différents tissus, leur impose une solidarité étroite et maintient leurs proportions harmoniques; qu'on suppose qu'une cellule quelconque sans perdre de ses propriétés ataviques spécifiques, échappe à l'influence modératrice de ses congénères et des tissus voisins; elle se multiplie dès lors pour son propre compte, sans souci de ses sœurs, à l'état rebelle et parasitaire; qu'elle transmette à sa descendance les mêmes propriétés et la tumeur est constituée* ».

Les tumeurs kystiques dermoïdes seraient donc, d'après lui, issues de la *cellule épithéliale nodale* des couches épidermiques.

C'est ce que CHANCENOTTE appelle « *la prolifération néoplasique et systématique de l'épithélium germinatif* ».

A la théorie de BARD on peut objecter la localisation de ces tumeurs dans des tissus presque défavorables à leur développement et qu'il est étonnant de les voir y proliférer malgré les difficultés de la lutte pour l'existence. Ces

objections n'enlèvent pourtant rien à l'intérêt de cette théorie vraiment séduisante dans sa simplicité.

BONNET développant, en 1900, les idées de Roux, attribue aux kystes dermoïdes, aussi bien abdominaux que branchiaux, une origine blastomérique donnant une idée exacte de leur nature embryonnaire.

Actuellement, les récents travaux de M. le professeur VIALLETON, de Montpellier, lui ont permis d'ériger une théorie encore plus complète sur la pathogénie de ces tumeurs. Les kystes dermoïdes seraient absolument identiques quel que soit leur siège: au cou, au médiastin et même aux parois thoraciques et abdominales; identiques également aux embryomes simplifiés qui siègent parfois dans le testicule.

Néanmoins, la constitution dermoïde des kystes dans leurs localisations épiploïques n'est pas toujours pure. Si la présence des éléments du derme est constante, on trouve parfois, en proportions variables, des éléments d'autres tissus, tels que cartilages, formations musculaires lisses ou striées, os, vaisseaux sanguins plus ou moins développés.

C'est ainsi qu'une observation d'HIGHMOOR signale la présence dans une tumeur découverte sur un jeune sujet de 16 ans, de poils, d'un rachis, d'un intestin, de deux membres supérieurs, un inférieur avec six orteils difformes et un cordon ombilical voisinant avec un gros vaisseau rompu.

D'autre part BONFIGLI trouva dans une tumeur dont une partie avait la dureté de l'os, « *une paroi ossifiée tapissée de dix-neuf dents toutes molaires, sauf une qui ressemblait à une canine* », véritable mâchoire égarée.

On voit par ces deux exemples typiques quelle peut être parfois la complexité de ces tumeurs et la différenciation

très nette de leurs éléments. Cette différenciation des parties constitutives a été étudiée et expliquée par les professeurs ESTOR et MASSABUAU.

Les embryomes sont formés des trois feuillets primitifs du blastoderme et suivant la prédominance dans le développement de l'un de ces feuillets, la tumeur présente un aspect et une constitution particuliers.

D'autre part, la présence des trois feuillets n'est pas indispensable; un seul d'entre eux peut suffire à constituer le kyste. Enfin l'organisation de celui-ci peut présenter les apparences d'un tissu adulte ou simplement d'un tissu en voie d'évolution, simple ébauche d'organisation. Mais quel que soit le stade auquel est arrivée la tumeur lorsqu'on l'observe, on n'en est pas moins conduit à lui reconnaître une origine congénitale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'étude des localisations des kystes dermoïdes des épiploons se rapproche et par certains points se confond avec celle des kystes des épiploons en général, par contre c'est par la structure macroscopique et histologique que les kystes dermoïdes se différencient nettement.

Le VOLUME des kystes est essentiellement variable; de la grosseur d'un petit pois, d'une noix jusqu'à celle d'une tête d'enfant. Les plus petits, ordinairement indolents, sont presque uniquement découverts dans les autopsies.

La COULEUR, uniforme ou différente dans les divers éléments du kyste varie du blanc nacré au rouge sombre, la teinte peut même aller en se modifiant de la périphérie à la profondeur.

La CONSISTANCE dépend de deux éléments: la *paroi* et le *contenu*. La première, tantôt mince, tantôt épaisse est le plus souvent résistante à cause de sa structure cartilagineuse et de nombreuses fibres conjonctives parfois stratifiées qui la constituent. Le contenu, lui, subit des variations analogues, passant de la dureté absolue lorsqu'il est constitué par de l'os, à la mollesse caractéristique d'une masse caséuse.

Le LIEU où se localise la tumeur est essentiellement variable.

Dans la plupart des cas, 73 0/0, elle est logée entre les deux feuillets de l'épiploon, d'autres fois, au contraire, la masse néoformée est extra épiploïque et nous pouvons observer ici différentes modalités. La tumeur peut être, soit adhérente au feuillet externe soit au feuillet interne; d'autres fois elle est *pédiculée* et rattachée au feuillet externe ou au feuillet interne et dans ce cas la tumeur peut parfois acquérir un développement suffisant pour lui permettre de bomber dans l'arrière cavité des épiploons. Ce fait est particulièrement intéressant à connaître au point de vue des difficultés opératoires résultant du voisinage du plexus solaire (TILLAUX).

Il peut enfin se présenter le cas où la tumeur ayant contracté des adhérences cutanées, le diagnostic est impossible et même la tumeur, comme nous l'avons vu plus haut, peut être contenue dans un cul-de-sac herniaire.

Il est aisé de comprendre que de ces différentes localisations nous pourrions déduire des rapports variables pouvant affecter ceux de l'épiploon lui-même dans les cas de kyste étalé entre ses deux feuillets ou offrir des rapports avec le cul-de-sac de Douglas ou le rectum dans le cas de tumeur nettement détachée de l'épiploon.

Si nous sectionnons le kyste, nous observons la PAROI ayant une épaisseur variable de 2 millimètres à plusieurs centimètres; elle peut être faite de tissus offrant les caractères généraux du tégument externe avec parfois de très nombreuses fibres musculaires lisses ou striées, des fibres élastiques et les deux couches classiques de la peau; couche épithéliale et couche de Malpighi généralement stratifiée. Des dépôts calcaires peuvent encore compliquer sa constitution; on y rencontre peu de glandes sudoripares

mais des poils et des glandes sébacés, des cartilages, de l'os et des dents ainsi que des éléments conjonctifs parfois hypertrophiés qui en modifient alors la consistance.

Notons que les cheveux et poils, tantôt très longs, tantôt follets, attachant à la paroi peuvent présenter soit la couleur des cheveux du sujet, soit une couleur différente, soit encore plusieurs teintes.

Présentant un certain rapport avec la nature de la paroi, le CONTENU de ces kystes est variable. Nous y distinguerons une substance fondamentale constante, véritable *magma* blanc, jaunâtre, caséux ou graisseux dans lequel sont incluses des formations différentes et plus ou moins organisées. C'est ainsi qu'on y trouve des tissus ayant encore une constitution très voisine du stade embryonnaire d'autres plus ou moins développés et présentant les caractères des différents tissus normaux de l'adulte par exemple des os, des dents, des éléments musculaires et même des membres atrophiés (voir observation de HIGHMOOR). On peut enfin trouver des cas où le kyste coexiste avec une tumeur maligne le plus souvent sarcomateuse. Ajoutons pour en finir avec les caractères des kystes dermoïdes des épiploons qu'ils se présentent le plus souvent à l'état de *tumeur unique*. Néanmoins, nous avons pu observer il y a à peine quelques jours dans le service de M. le professeur ESTOR un très joli cas de kyste dermoïde double; il s'agissait d'un enfant de *moins de trois ans* qui présentait une hernie inguino-scrotale droite refoulant le testicule en bas et qui était constituée par une anse intestinale, de l'épiploon et un kyste dermoïde de la grosseur d'une noix attachant au cordon au point d'en imposer pour un kyste séreux de cet organe. En outre, à l'opération, l'épiploon attiré au dehors pour en faire une résection et une ligature

sérieuse, a présenté un second kyste, également dermoïde, mais d'une dimension inférieure.

Malgré la fréquence des localisations chez les enfants, cette observation, que l'on trouvera rapportée *in extenso* à la fin de ce travail, est des plus intéressantes, étant donné le très jeune âge du sujet. En outre, on observe rarement la coexistence d'une hernie et la présence à l'examen microscopique d'une paroi très mince (quelques millimètres) contenant de nombreux vaisseaux sanguins, ainsi que des éléments leucocytaires dont la présence était le signe d'un processus de défense activement organisée tout autour de la tumeur.

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes qui permettent cliniquement de diagnostiquer une tumeur du grand épiploon sont particulièrement inconstants. PÉAN avait même noté que cette absence de symptômes, ou tout au moins leur inconstance parfois déconcertante devait faire penser à une lésion épiploïque.

A plus forte raison, si nous cherchons dans une tumeur de l'épiploon des signes précis de kyste de la variété dermoïde, éprouverons-nous de sérieuses difficultés; nous devons néanmoins les rechercher en signalant leur inconstance malgré leur grande variété.

Déjà l'étiologie nous a averti de la prédominance suivant le sexe et l'âge du sujet. L'anatomie pathologique à précisé davantage en nous permettant d'établir leur morphologie, leur consistance et leur siège par rapport à leur organe, support, d'une part, et par rapport aux organes abdominaux voisins, de l'autre.

En nous renseignant sur leur composition et sur la nature de leurs tissus, elle nous a déjà permis de comprendre que ces kystes, issus de germes contenus, congénitalement dans l'épiploon pourraient fort bien rester indolents (à l'origine tout au moins) et avoir une évolution lente et

progressive, par conséquent souvent latente et inaperçue.

C'est ce que la clinique vient nous démontrer, mais elle y ajoute aussi, grâce aux éléments pris dans les divers cas observés (souvent si différents) des observations nouvelles et très utiles pour le diagnostic.

D'abord, l'interrogatoire peut nous montrer : un petit malade que ses parents nous présentent parce qu'il a toujours eu un ventre gros, étalé et paraissant le faire souffrir et provoquer ses cris. Tantôt, l'abdomen a grossi en quelques semaines, au point d'inquiéter l'entourage, le malade lui-même, s'il est en âge de s'en rendre compte.

TILLAUX cite au contraire le cas d'un début brusque, je dirai presque sensationnel ; le sujet fait tranquillement une promenade, quand tout à coup une douleur siégeant à l'abdomen l'oblige à rester sur place, le corps penché en avant, comme pour une véritable crise de coliques. Le malade, une fois au repos, voit la douleur disparaître sensiblement, mais sans que l'on puisse attribuer d'effet curateur à la médication calmante qu'on lui a administrée.

Dans d'autres cas, le symptôme douleur peut également apparaître au début, mais avec moins d'intensité ; entre cela et l'indolence absolue il y a place pour tous les cas intermédiaires possibles.

Parfois un traumatisme, un coup sur l'abdomen ou même une simple chute ont provoqué ce symptôme douloureux du début. Nous retrouverons ce fait dans deux observations cliniques.

Les kystes douloureux ont pu produire des formes à crises plus ou moins fréquentes et rapprochées.

Notons enfin le cas de malades venant pour une affection intercurrente, qui donne en plus l'occasion de porter le diagnostic de kyste à localisation épiploïque, soit après examen, soit à l'occasion de l'intervention chirurgicale.

C'est ce que nous avons vu chez un jeune enfant dans le service de M. le professeur Estor, pour une hernie inguino-scrotale droite, avec une tumeur diagnostiquée kyste du cordon; l'épiploon extradé pour être réséqué a présenté en outre, à l'opérateur, un second kyste dermoïde, dont aucun signe clinique ne faisait prévoir l'existence.

Après avoir noté les différentes formes de début et l'inconstance de la douleur, passons maintenant à l'examen.

La palpation permet souvent de délimiter une zone d'empâtement parfois douloureuse; c'est une zone de matité superficielle parce qu'extra-péritonéale et sans interposition de la sonorité intestinale. Elle est mobile ou fixée; plus ou moins régulière, tantôt indolente, tantôt douloureuse, spontanément ou par la pression.

Il est des cas cependant où la matité est si peu nette que la tumeur ne peut être délimitée par ce procédé.

La mobilité dans tous les sens est habituelle, cependant elle peut être très relative vis-à-vis de la paroi ainsi que des viscères voisins, à cause des adhérences possibles rendant alors le diagnostic difficile.

Il existe rarement des kystes dermoïdes où l'on observe aussi la fluctuation.

Exceptionnellement on peut rencontrer une tumeur pulsatile pouvant en imposer pour un angiome ou un anévrysme. On peut constater de l'ascite en faible quantité et très limitée; elle est d'autant plus rare que la variété dermoïde n'arrive pas au volume de ces énormes kystes, que signalent les auteurs et qui, malgré des ponctions répétées contiennent des 20 à 30 litres de liquide. L'ascite reconnaissant la compression comme origine se comprend donc peu, de même que l'oppression par véritable refoulement en haut du diaphragme, sans toutefois que l'on puisse en conclure à l'impossibilité de symptômes d'oppression,

véritable phénomène de compression proportionnelle au volume du kyste. Egalement dus à la compression, nous pouvons observer d'autres troubles fonctionnels, tels que sensation de pesanteur dans l'abdomen, alternatives de constipation et de diarrhée, parfois des vomissements se produisant avec d'autant plus de raisons qu'il peut y avoir une légère poussée de péritonite autour de la tumeur. On peut noter quelques troubles vésicaux, douleurs et fréquence des mictions.

Par compression du thorax il se produit des troubles cardio-vasculaires, de la dyspnée paroxystique et de la douleur rétrostomacale à irradiation vers l'épaule, du même côté et même vers le cou et la tête.

La compression des poumons peut causer de l'atélectasie, amenant ainsi des phénomènes asphyxiques légers et même de la cyanose. Enfin, s'il y a des accès de toux, il peut se produire des hémoptysies plus ou moins abondantes.

Ajoutons que le toucher rectal et le toucher combiné peuvent donner des indications précises pour le cas où la tumeur siège dans le petit bassin, au voisinage de l'utérus, chez la femme, ou du rectum; on a signalé le cas de kystes dermoïdes du grand épiploon venant bomber jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Là, encore, il y a des symptômes propres à ce cas particulier; de même que ceux applicables aux kystes de cette nature à localisation, dans un cas de hernie.

Après cet aperçu des signes physiques et des troubles fonctionnels, qui peuvent accompagner les kystes dermoïdes, il importe pour nous résumer, de signaler l'inconstance de tous ces symptômes, malgré leur diversité. L'absence ou la présence de nombreuses adhérences augmentant encore les difficultés que l'on rencontre, si l'on veut tracer un tableau clinique.

DIAGNOSTIC

On a pu observer, au cours du chapitre précédent, que nous n'avons mentionné aucun signe permettant d'établir *a priori* et sans erreur la nature dermoïde d'un kyste des épiploons. Il n'y a là rien que de très naturel, car en dehors des cas exceptionnels, où une vomique contenant un ou plusieurs des éléments différenciés du kyste dermoïde, vient nous apporter un diagnostic facile, la majorité des cas passe souvent inaperçue, au point que d'éminents praticiens, tels que TILLAUX et MILLARD rapportent même les difficultés qu'ils ont éprouvées en présence d'un tel cas.

La radioscopie et la radiographie seules peuvent permettre de faire *in vivo* un diagnostic certain dans les cas particuliers où le kyste contient des organes nettement différenciés et suffisamment opaques.

Hors de ces cas favorables, le diagnostic de kyste dermoïde est impossible; mais il suffit, dans l'intérêt du malade d'établir celui de tumeur localisée et opérable, diagnostic possible dans la plupart des cas et qui suffit pour motiver une intervention. C'est là un point sur lequel il nous paraît très important d'attirer l'attention du praticien.

Le diagnostic des tumeurs de la paroi ne nous arrêtera pas; l'immobilisation par contraction des muscles abdominaux évitant toute erreur.

Passons aux tumeurs sous-jacentes; nous aurons à faire un diagnostic différentiel avec le kyste hydatique du foie; mais dans ce cas, nous aurions un frémissement hydatique de l'urticaire par poussées, une étiologie chargée, enfin la ponction exploratrice nous donnerait le liquide « *eau de roche* » caractéristique et peut-être quelques hydatides.

Quant aux kystes du pancréas, très rares, ils sont beaucoup moins compatible avec un bon état général, d'autre part, leur immobilité est la règle.

Une rate tuméfiée conserve néanmoins sa forme; de plus, nous pourrions, dans ce cas, trouver dans les antécédents personnels du paludisme, peut-être la coexistence avec une grosse masse hépatique et l'anémie rebelle de règle dans toutes les splénomégalias.

TILLAUX cite le cas d'une confusion avec un rein flottant, cependant l'examen de la région rénale aurait dû indiquer l'absence d'ectopie.

Chez la femme, les kystes des annexes pourront en imposer pour un kyste dermoïde de l'épiploon, les inconvénients de cette erreur seraient insignifiants, une intervention étant nécessaire dans les deux cas.

Ainsi donc, malgré les causes d'erreur, on voit qu'il est possible de porter le diagnostic de tumeur épiploïque et cela nous suffit pour motiver une intervention. Quant à la nature véritable de la tumeur et de son contenu, le laboratoire seul nous permettra d'établir avec certitude sa nature histologique.

COMPLICATIONS ET PRONOSTICS

Les kystes dermoïdes des épiploons ayant une évolution lente, leur pronostic est donc lié intimément à celui de leurs complications, dans le cas où elles sont abandonnées à elles-mêmes.

Nous n'étudierons le pronostic opératoire qu'à l'occasion du traitement.

En dehors des cas de kystes dermoïdes, qui subissent un arrêt de développement, qui, par leur faible volume ne constituent aucune gêne et ne sont retrouvés que dans les autopsies, ces néo-formations abandonnées à elles-mêmes sont mortelles dans la presque totalité des cas.

Par compression, elles peuvent produire des troubles thoraciques et abdominaux, déjà cités à propos de la symptomatologie, ainsi que des cas de pleurésie et de broncho-pneumonie. Ayant aussi pour cause la compression, nous rencontrerons parfois une véritable occlusion intestinale, d'origine mécanique et qui cédera aisément à l'entéroclyse huileuse.

Par infection de voisinage, il y a possibilité de poussées de péritonite localisées ou même généralisées. Des adhérences plus ou moins prononcées reconnaissent peut-être

l'infection comme cause, ainsi qu'une tendance à la limitation. Par rupture, le kyste peut s'évacuer au dehors, par une véritable vomique assez analogue à celle des kystes hydatiques du foie, mais de nature différente: c'est une complication peut-être heureuse, mais à coup sûr exceptionnelle, tandis que la rupture abandonnant le contenu vers les parties déclives, phénomène plus vraisemblable, peut provoquer par infection une péritonite rapidement mortelle.

Enfin, par négligence ou ignorance, le kyste dermoïde peut être la cause d'un mauvais état général et de la cachexie progressive, qui accompagne toutes les tumeurs malignes.

D'où la nécessité de faire un diagnostic précoce, avant que l'extension de la néoformation ne vienne mettre obstacle à l'intervention, soit par l'anémie affaiblissant le malade au point de le rendre incapable de supporter l'opération, soit par l'augmentation de la tumeur, qui aura dépassé la limite d'opérabilité.

TRAITEMENT

Le traitement des kystes dermoïdes des épiploons consiste essentiellement dans l'ablation; la marsupialisation ne peut être citée que pour mémoire; la ponction d'ailleurs très difficile en raison du contenu du kyste ne peut même pas être considérée comme un palliatif sérieux.

Nous ne reviendrons pas sur la nécessité d'une opération précoce.

Temporiser c'est s'exposer à la formation d'adhérences pour le moins, et peut-être permettre à la tumeur d'évoluer vers la malignité. Cependant TILLAUX conseille dans les cas d'épiploïte aiguë d'ajourner l'intervention, préférant opérer à froid, comme dans l'appendicite. Lorsque le kyste est intra-épiploïque, son ablation rendue d'autant plus difficile, qu'il peut adhérer avec les viscères creux, sera parfois une opération très compliquée. De toutes façons elle nécessitera deux temps: l'énucléation d'abord, l'ablation ensuite. Parfois la résection d'une grande portion d'épiploon ne pourra être évitée, d'où nécessité de nombreuses ligatures indispensables sur un organe aussi vasculaire (LEJARS).

Ces kystes extra-épiploïques, d'autant plus facilement

opérables, qu'ils sont moins adhérents, seront aussi extirpés.

Nous devons noter qu'on observe parfois la présence de kystes dermoïdes de l'épiploon inclus dans un sac herniaire; ils peuvent même présenter l'aspect d'un bissac, la partie intra-abdominale du kyste présentant parfois un volume considérable; on fera dans ce cas une intervention à double profit; ablation du kyste avec grande résection de l'épiploon en même temps que cure radicale de la hernie.

Les kystes profonds présentent le maximum de gravité, au point de vue opératoire, en raison de leurs rapports possibles avec le plexus solaire.

Néanmoins, quelles que soient les difficultés que peut rencontrer l'opérateur, l'intervention s'impose, car si l'on considère que les kystes dermoïdes abandonnés à eux-mêmes sont presque fatalement mortels, le pronostic post-opératoire n'en est pas moins actuellement très favorable; les récidives, en effet, sont peu fréquentes, et la mortalité, malgré les sérieuses difficultés de certaines interventions, a pu être abaissée à un taux inférieur à 30 0/0.

L'une des complications opératoires, est la nécessité dans laquelle on se trouve parfois d'enlever une portion d'intestin et d'en faire l'entéro-anastomose, à cause d'adhérences formant un lacis inextricable. D'autre part, une résection trop grande de l'épiploon et des adhérences peut, en diminuant la vascularisation provoquer une dénutrition d'une portion d'intestin et même en entraîner le sphacèle. Enfin, on a observé des fistules post-opératoires, presque intarissables et ayant nécessité la réouverture de la plaie, sa désinfection et son drainage. Ces fistules, ouvrant la porte à l'infection et causant d'intarissables suppurations, ne sont pas imputables au chirurgien; c'est heureusement

une complication très rare, et le pronostic post-opératoire immédiat et même à longue échéance, amenant une guérison absolue dans plus de 70 0/0 des cas, constitue déjà un résultat des plus satisfaisants, permettant de considérer l'intervention comme une véritable nécessité.

CONCLUSIONS

I. Les kystes dermoïdes des épiploons sont des néoformations excessivement rares, formant deux variétés: intra et extra-épiploïques. La première étant la plus fréquente; leurs sièges et leurs rapports anatomiques sont donc variables.

II. Ils reconnaissent presque toujours une origine congénitale: un seul feuillet primitif les engendre par active prolifération (VIALLETON, ESTOR et MASSABUAU). Les causes observées cliniquement sont plutôt occasionnelles qu'efficientes.

III. Ils prédominent chez l'enfant et chez la femme, semblant avoir une corrélation avec les phénomènes de sa vie génitale (puberté, grossesse, ménopause, âge critique), pour l'apparition des tumeurs.

IV. Le plus souvent uniques, de volume variable, ils ont la composition des tératômes,

V. Les symptômes nombreux, mais inconstants, ne permettent pas, sans le secours de l'anatomie pathologique,

de les diagnostiquer *in vivo* des autres tumeurs de l'épiloön. D'ailleurs le diagnostic de tumeur suffit pour instituer le traitement.

VI. La mortalité, de règle dans presque tous les cas abandonnés à eux-mêmes, est abaissée à un taux inférieur à 30 0/0 par l'extirpation, seule opération de choix; la marsupialisation et la ponction n'étant que de mauvais palliatifs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Lipscher, Zentralble, F. Gyn. 1903)

Cet auteur, faisant une laparotomie chez une femme de 45 ans, pour une rate mobile, trouva au lieu de l'affection précédente un kyste dermoïde.

Il était attaché au grand épiploon par un pédicule.

OBSERVATION II

(Taruffi Storia della Têratologie 1886)

Chez une femme, cet auteur découvre un kyste dermoïde épiploïque, dans lequel il trouva une poignée de cheveux et une masse sébacée.

OBSERVATION III

(Charcenotte, thèse de Paris 1903)

HIGHMOR autopsiant, en 1818, un jeune homme de 16 ans, tombe sur une tumeur occupant l'épigastre, l'ombilic et

l'hypochondre gauche, et qui contenait des poils, un rachis, un intestin, deux membres supérieurs, un inférieur avec six orteils difformes et un cordon ombilical près de l'insertion duquel se trouvait un gros vaisseau rompu.

OBSERVATION IV

(Lebert, anatomie pathologique 1887)

En 1792, LAFLIZE rencontre dans l'épiploon d'une fillette de 15 ans, une tumeur qui contenait des cheveux et des dents.

OBSERVATION V

(Lebert — ibidem)

RUYSH trouva, en 1734, dans l'épiploon d'une femme hydropique, une tumeur de la grosseur du poing renfermant de la graisse et des poils.

OBSERVATION VI

(Abbe, Kystes dermoïdes du grand épiploon et du péritoine pariétal)

Après avoir enlevé un kyste de l'ovaire à une malade, ABBE trouva un second kyste dermoïde: « Celui-ci avait de rares attaches avec la cavité abdominale, étant situé très haut, dans le péritoine pariétal; il présentait quelques adhérences avec le grand épiploon, mais n'en avait

aucune avec l'ovaire ni l'intestin. Il mesurait 4 inches (1) de diamètre et contenait des touffes de cheveux, des matières sébacées et des dents ».

OBSERVATION VII

(Cl. Bonfigli, Kyste dermoïde de l'épiploon gastro-hépatique)

A l'autopsie d'une femme de 50 ans, atteinte d'affection mentale, on trouve dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique, une tumeur du volume d'une poire, longue de 13 cm. et large de 9. Elle pesait 470 grammes. Cette tumeur se terminait en pointe. La partie effilée avait une dureté osseuse; elle était rugueuse et présentait de nombreuses dépressions. Le reste de la tumeur était mou, lisse et égal.

Elle était constituée par un kyste rempli d'un mucus jaunâtre. La face interne était lisse dans sa plus grande partie, chagrinée sur une étendue de 3 centimètres carrés et couverte de nombreux poils bruns très courts. La partie de la tumeur qui avait la dureté de l'os dut être enlevée à la scie; elle consistait en une enveloppe ossifiée, avec une cavité centrale irrégulière, contenant un détritüs adipeux et deux dents libres, ayant l'aspect d'une première molaire. En outre, la face interne de la paroi ossifiée était tapissée de 19 dents, toutes molaires, sauf une qui ressemblait à une canine. Elles étaient implantées perpendiculairement ou obliquement; quelques-unes étaient cachées dans l'épaisseur de l'os; une seule d'entre elles était variée.

Le microscope montra qu'on avait affaire à un véritable

(1) C'est-à-dire environ 10 cm, l'inche valant 2,45 cm.

tissu osseux. La paroi du kyste se composait de tissu fibreux, et était tapissée d'épiderme à sa partie interne. Ces poils en tout semblables à des poils ordinaires, avaient une racine bien développée. Le liquide, muqueux, renfermait de nombreuses cellules adipeuses, des lamelles épidermiques et de rares cristaux de cholestérine.

* * *

L'observation précédente, quoique se rapportant à une tumeur de l'épiploon gastro-hépatique, nous a paru devoir être citée, parce qu'elle est un bon exemple de l'extraordinaire complexité de certains kystes dermoïdes.

Quant à l'observation qui suit, qui, elle non plus, ne se rapporte pas tout à fait exactement à notre sujet; elle montre nettement un cas où la tumeur reconnaît un traumatisme comme cause tout au moins occasionnelle.

OBSERVATION VIII

(E. Küster, kyste dermoïde propéritonéal)

...Permettez-moi de vous présenter une tumeur provenant d'une jeune fille de 18 ans, toujours bien portante jusque-là. Il y a sept à huit semaines, elle fut fortement contusionnée par sa sœur, qui lui tomba lourdement sur le ventre. Depuis, elle ressentit des douleurs violentes dans la région abdominale inférieure, surtout sur la ligne médiane. Elle vint à l'hôpital, et, à l'examen, on constata une tumeur fluctuante, tout près et au-dessus de la symphyse, dont la situation, par rapport à la vessie, s'expliquait dif-

facilement, le bec de la sonde se plaçant tantôt devant, tantôt derrière la tumeur. Une ponction exploratrice amenait du sang décomposé, sans éléments microscopiques particuliers. Quelque temps après, on répétait la ponction d'essai, et on retirait environ 8 grammes de sang; malgré tout la tumeur restait douloureuse sans changer de volume.

La malade insistait pour qu'on prît une détermination définitive.

Je me décidai donc, supposant qu'il s'agissait d'un hématome, à procéder à une incision. Lorsque j'eus ouvert la tumeur, il s'en écoula effectivement quelques onces de sang; dans la profondeur on voyait comme une masse jaune, que je considérai tout d'abord comme un dépôt de fibrine. Cependant, quand j'introduisis le doigt pour le détacher, je vis que j'avais affaire à un sac connectif. Ce sac a été saisi avec une pince et attiré.

A ce moment, il se déchira et il en sortit un liquide clair, en même temps que tomba une poignée de cheveux. Donc il s'agissait d'un kyste dermoïde, qui pouvait s'énucléer avec le doigt. Après l'extirpation de la tumeur, on constata que la vessie avait été refoulée en bas et à gauche, et que le kyste pénétrait profondément entre la vessie et l'utérus, mais se trouvait cependant en avant du péritoine. Le péritoine fut déchiré sur une petite étendue; je ne le suturai pas et bourrai la cavité de gaze iodoformée. Le cas a évolué favorablement.

OBSERVATION IX

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr Aimes, chef de clinique)

Cas opéré dans le service de M. le professeur ESTOR.

Le jeune A. B..., âgé de trois ans, natif de l'Ardèche,

entre le 8 juillet dans le service de M. le professeur ESTOR, pour une hernie inguinale. Il n'y avait aucun antécédent; rien du côté des divers appareils. La mère s'était simplement aperçue, depuis plusieurs mois, que l'enfant portait une tumeur dans la région inguinale droite, mais il lui était impossible de préciser l'époque du début. L'état général de l'enfant est cependant excellent.

A l'examen de la région inguinale droite, nous observons qu'il existe à son niveau une tumeur volumineuse, qui descend dans la bourse droite. A la simple inspection, il est possible de distinguer dans cette tumeur inguino-scrotale, deux parties: l'une supérieure, allongée, qui se tend sous l'influence des cris de l'enfant, et présente l'aspect d'une volumineuse hernie inguinale; l'autre, inférieure, arrondie.

La palpation permet de mieux différencier ces deux tumeurs; l'une se continue vers l'abdomen par un gros pédicule qui pénètre dans le canal inguinal; elle présente l'aspect extérieur, la consistance, la réductibilité de la hernie inguinale.

Au-dessous d'elle, dans la bourse droite, se trouve la tumeur arrondie qui présente le volume d'une petite noix. Sa surface extérieure est lisse, régulièrement arrondie, sa consistance très rénitente, presque dure. On pense évidemment à un kyste du cordon. Notons que la palpation ne réveille aucune douleur.

Le 10 juillet 1914, on procède à l'intervention sous anesthésie générale à l'éther goutte à goutte (docteur AIMES). Après l'incision classique de la hernie et sitôt que le sac est repéré, on voit que la tumeur lui est intimement unie. Elle apparaît à l'ouverture avec des parois extrêmement épaisses et dures, mais à ce moment lorsqu'on saisit la tumeur pour l'examiner, l'épiploon est entraîné avec elle

hors du sac. S'apprêtant alors à faire sur l'épiploon, une ligature en chaîne, on aperçoit dans le fond de la plaie, une deuxième tumeur plus petite, faisant corps également avec l'épiploon, de consistance semblable à l'autre et du volume d'un gros haricot dont elle présente du reste la forme.

L'épiploon est lié et réséqué au-dessus des deux tumeurs qu'on laisse adhérentes à cette partie mais on éprouve une grande difficulté pour réintégrer le moignon épiploïque. Le sac herniaire est ensuite lié et on pratique la cure radicale de hernie, suivant le procédé du professeur ESTOR.

Quant aux suites opératoires, elles furent tout à fait normales et la réunion de la paroi se fit par première intention.

Examen anatomique. — Les kystes enlevés se présentent sous la forme de deux petites masses isolées l'une de l'autre. Elles sont ovoïdes, régulières de forme; la première a le volume d'un petit œuf de pigeon, la seconde, celui d'une olive. La surface extérieure rougeâtre est lisse et constituée par la séreuse péritonéale. La consistance est dure, comparable à celle que présenterait une tumeur pleine.

Sur coupe, les deux tumeurs ont un aspect identique. Il s'agit d'une cavité kystique, régulière dont la forme est comparable à la forme extérieure. La paroi, de quelques millimètres d'épaisseur est blanchâtre et dure, sa surface interne est tomenteuse. Le contenu est représenté par un caséum blanchâtre, rappelant le mastic de vitrier.

A l'examen microscopique, le seul point intéressant est l'étude de la paroi. Elle est surtout fibreuse et formée de fibres conjonctives adultes, très serrées. Du côté externe, il existe de très nombreux vaisseaux, remplis de globules rouges et tellement serrés en certains points, qu'ils forment comme une couche vasculaire. Du côté interne, on

voit se former le caséum, le mastic que nous avons vu dans la cavité; il n'existe pas sur les points examinés d'épithélium net.

Au sein des fibres conjonctives qui forment la partie principale, on distingue des vaisseaux et des amas de cellules rondes. Ces amas, assez nombreux, sont répartis assez irrégulièrement et paraissent plus sériés du côté externe que du côté interne.

En somme, il s'agit de deux kystes dermoïdes développés dans le grand épiploon.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux consultés pour notre thèse

- ABBE. — Annals of surg. Phila., 1895, XXI, p. 593.
- AUBRY (C.). — Des kystes hydatiques du grand épiploon.
Thèse Paris, 1902.
- AUGAGNEUR. — Thèse Paris, agrégation, 1886.
- AREKION. — Thèse de Paris, 1891.
- BONFIGLI (Cl.). — Rivista clinica, 2^e série, fév.-mars 1875.
- CAMUS (V.). — Etude des néoplasies primitives du grand épiploon.
- GUÉRAIN. — Thèse de Lyon, 1910.
- CHANCENOTTE (R.). — Kystes dermoïdes sous-péritonéaux.
Th. Paris, 1903.
- DELMEZ. — Thèse Paris, 1891.
- FORT. — Cysts of the omentum. Annals of Surgery, 1907.
- HASBROUCK. — Enormous endotheliomatous cyst of the great omentum. Annals of Surgery, 1908.
- LEXER (E.). — Ueber teratoïde Gechwichste in der Bauchôtele und deren operation. Berlin Archiv. für Klinische chirurgie, LXVI vol., p. 648.
- LEBERT. — Anatomie pathologique, 1857.
- MOYNAC. — Pathologie générale.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, 1880, t. I.
- TILLAX. — Anat. topographique. Paris, 10^e édition.
- RASPAIL. — Thèse Montpellier, 1914.
- VIALLETON. — Anatomie de Testut (embryologie). Communication à la Société des sciences médicales de Montpellier, déc. 1907.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 juillet 1914.

P. le Recteur,

Le Doyen de la Faculté de Médecine, délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juillet 1914.

Le Doyen,

MAIRET.

